Rok XLVI. Kraków, dnia 14 września 1907. Nr 37.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

O jadzie błoniczym.

Przez

Dra R. Nitscha.

(Ciąg dalszy.)

Takie byłoby w ogólnych zarysach wyobrażenie szkoły Ehrlicha o budowie jadu błoniczego. Widzieliśmy, że rozróżnia on w jadzie błoniczym 3 główne grupy, a mianowicie toksyny, toksony i toksoidy. Toksyny i toksony są produktami bakteryi błoniczych. Toksoidy zaś powstają w jadzie dopiero następowo wskutek przemiany toksyn. Są to zatem ciała pochodne od toksyn i w świeżym jadzie teoretycznie nie ma toksoidów. Oczywiście tylko teoretycznie, albowiem już podczas wytwarzania toksyn, gdy bulion, zaszczepiony bakteryami błonicy, stoi w termostacie, już wtedy pewna część toksyn zamienia się na toksoidy. Każda z tych 3 głównych grup jadu błoniczego dzieli się znowu na kilka części. A więc toksyny na proto- deutero- i tritotoksyny z odmianami α i β. Toksoidy na proto- syn- i tritotoksoidy. Toksony na toksonoidy i może na epitoksonoidy.

Możnaby wyrysować niejako drzewo genealogiczne jadu błoniczego i ono takby mniejwięcej wyglądało (patrz fig. 5).

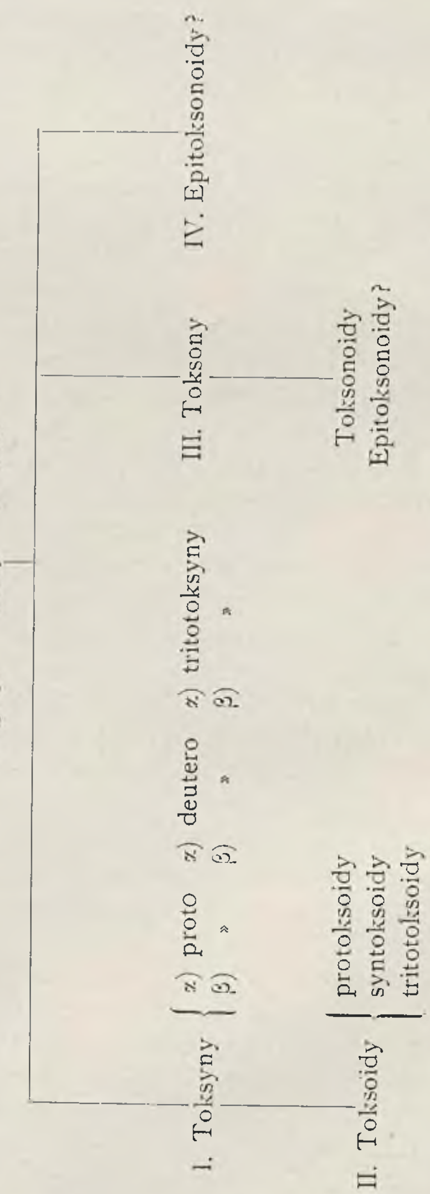
Powinowactwo do antytoksyny zmniejsza się w tym szkicu z lewej strony ku prawej. Jak zaznaczono, jest obecnie jeszcze nieustalone miejsce epitoksonoidów. Niewiadomo, czy zaliczyć je do pochodnych od toksonów, czy też do równorzędnych toksonom i toksynom odmian jadu. Szkoła Ehrlicha (v. Dungern) pozostawia tę sprawę na razie nierozstrzygniętą, chociaż więcej się skłania do uznania epitoksonoidów za bezpośrednie wytwory bakteryi błoniczych. O epitoksonoidach będzie jeszcze niżej mowa.

Z kolei zastanowimy się nad tem, jak Ehrlich wyobraża sobie stosunek toksyny błoniczej do antytoksyny, czyli wzajemne oddziaływanie na siebie tych ciał.

Jest rzeczą teraz przez wszystkich uznaną, że toksyna nie zostaje zniszczoną przez działanie antytoksyny tak, jakby n. p. zniszczoną być mogła działaniem silnych kwasów mineralnych lub wysokiej ciepłoty[4]). Dowodzi tego ta okoliczność, że udaje się z obojętnego połączenia toksyny z antytoksyną otrzymać napowrót niezmienioną toksynę, jeśli tylko połączenie to nie trwało za długo.

Drugim faktem, przyjętym obecnie przez znaczną większość uczonych, jest ten, że do połączenia toksyny z antytoksyną i do zobojętnienia toksyny nie potrzeba współdziałania żyjących komórek ustroju, ale że to zobojętnienie odbyć się może równie dobrze na zewnątrz ustroju *in vitro*, jak i wśród tkanek ustroju.

Fig. 5.



Te dwa fakta są również podstawą zapatrywań Ehrlicha na połączenie toksyny z antytoksyną błoniczą.

Prócz tego utrzymuje dalej Ehrlich, że to połączenie odbywa się na wzór działania silnego kwasu na silną zasadę, t. zn. że z połączenia toksyny z antytoksyną powstaje ciało trzecie, obojętne, przyczem w rozczynie nie pozostaje ani wolna toksyna ani antytoksyna, jeżeli zmieszano je

[4]) Porównaj jednak niżej zapatrywanie zwolenników teoryi kolloidalnej.

w stosunkach równoważnych. Jeżeli zaś zmięszano je w nierównoważnych ilościach, to z połączenia powstanie ich związek (ciało obojętne), a w rozczynie pozostanie tylko to z nich, którego dodano w ilości większej.

Dalej, co właściwie wynika z poprzedniego, twierdzi Ehrlich, że oddziaływanie to odbywa się według ścisłych ilościowych stosunków. Jeżeli zatem do zobojętnienia *a* części toksyny błoniczej, potrzeba *b* części antytoksyny, to do zobojętnienia *n a* części toksyny, potrzeba będzie zawsze *n b* części antytoksyny.

Prócz tego połączenie takie jest nieodwracalne. Ani połączenie powstałe nie rozkłada się z powrotem na toksynę i antytoksynę (choćby w śladach tylko) ani też z połączenia takiego nie można z powrotem żadnymi środkami otrzymać wolnej toksyny lub antytoksyny, jeżeli tylko połączenie trwało czas dostateczny.

Te zapatrywania Ehrlicha na budowę jadu błoniczego i na sposób jego oddziaływania na antytoksynę nie wszędzie zostały przyjęte. Od kilku lat (1902) występują przeciw nim Arrhenius, profesor fizyki w Sztokholmie i Madsen, dawny współpracownik Ehrlicha, obecnie kierownik państwowego zakładu surowic w Kopenhadze. Zgadzają się oni z Ehrlichem co do tego, że oddziaływanie toksyny na antytoksynę jest bezpośrednie, że odbywa się też *in vitro* bez żadnego udziału żywych komórek ustroju i że sprawa ta odbywa się według praw, znanych w chemii i fizyce. Zgadzają się też na to, że toksyna składa się z 2 grup: z grupy chwytnej i grupy toksycznej. Różnica polega na tem, że gdy Ehrlich przyjmuje, iż toksyna oddziaływa na antytoksynę na wzór silnego kwasu n. p. HCl, na silną zasadę n. p. $NaOH$, utrzymują Arrhenius i Madsen że oddziaływanie to porównać trzeba z działaniem słabego kwasu, n. p. kwasu borowego na słabą zasadę, n. p. na NH_3. Jak z chemii wiadomo, sprawa ta przebiega znacznie wolniej, aniżeli pierwsza, przytem zaś nie przebiega aż do końca, t. zn. aż do tego punktu, gdy wszystek kwas zobojętniony zostanie przez zasadę lub na odwrót, jak to praktycznie przyjąć możemy przy działaniu silnego kwasu na silną zasadę. Działanie słabego kwasu na słabą zasadę odbywa się według prawa Guldberga i Waagego, które opiewa, że szybkość przebiegu odczynu dwóch ciał, w rozczynie będących, zależy od masy tych ciał czyli od ich zgęszczenia. Według tego prawa szybkość czyli energia wzajemnego oddziaływania jest więc największą na początku odczynu, kiedy w rozczynie znajduje się najwięcej ciał oddziaływających na siebie. W miarę przebiegu odczynu zmniejsza się oczywiście coraz bardziej ilość owych ciał, bo zużywają się one na wytworzenia nowych połączeń z tego odczynu powstających. Coraz bardziej też maleje energia, z jaką one się łączą. Równocześnie z tem jednak powstają z odczynu tego nowe związki, a ilość ich coraz bardziej rośnie. Związki te również nie pozostają obojętne w obec siebie, ale w miarę tego, jak się ich tworzy coraz więcej, zaczynają oddziaływać na siebie coraz energiczniej i rozkładać się na nowo na ciała pierwotne. Jeżeli oznaczymy ciała, oddziaływające na siebie przez *a* i *b*, a związki powstające z tego odczynu przez *c* i *d*, to na początku szybkość i energia, z jaką *a* i *b* oddziaływają na siebie, będzie największą, pomału jednak maleje ilość ciał *a* i *b*, a równocześnie maleje też i energia, z jaką one na siebie działają. Z tego odczynu powstają ciała *c* i *d*, a ilość ich coraz bardziej wzrasta, równocześnie wzrasta też i energia, z jaką znowu ciała *c* i *d* na siebie oddziaływują i rozkładają się na pierwotne związki *a* i *b*. W końcu dojść musi do tego, że ilość ciał *c* i *d*, powstających w jednostce czasu wskutek tego odczynu równa się ilości ciał *c* i *d* rozkładających się znowu na pierwotne połączenia *a* i *b*. Wtedy nastaje równowaga. Jestto jednak równowaga czynna (dynamiczna), w której odbywa się nieustanny ruch w jednym i drugim kierunku. Sprawę taką oznaczają w chemii strzałkami w przeciwne strony skierowanemi $a + b \rightleftarrows c + d$. Za przykład takiego odczynu służyć może oddziaływanie kwasu octowego na wyskok, przy czem powstaje octan etylowy i woda:

$$CH_3\,COOH + C_6\,H_5\,OH \rightleftarrows C\,H_3\,COOC_6\,H_5 + H_2\,O$$

Takie odczyny, w których działanie w obie strony przebiega, nazywamy odwracalnymi *(reversibel)*. Za inny podobny przykład służyć może oddziaływanie $B(OH)_3$ na NH_3: $B(OH)_3 + NH_3 \rightleftarrows NH_4\,H_2\,O_3\,B$ powstaje (orto) boran amonowy, który znowu rozkłada się na pierwotne składniki.

(C. d. n.)

Przypadek pęknięcia macicy.

Podał

Dr med. Aleksander Karnicki,

ordynator zakładu położniczego i szkoły położnych w Petersburgu.

Pozwalam sobie zatrzymać uwagę Szanownych Kolegów na spostrzeganym przezemnie przypadku z tego powodu, iż mojem zdaniem, pęknięcie macicy jest o tyle znacznem uszkodzeniem w ustroju kobiety i tak w każdym przypadku się różni, zarówno co do etyologii, jak i co do przebiegu klinicznego, że zasługuje na to, by każdy przypadek był rozpatrzony. To też tem bardziej należy się dziwić, że aż do końca XVI. stulecia o tej sprawie nic w piśmiennictwie nie znajdujemy. Pierwszy Guillemeau opisał przypadek pęknięcia macicy, ale jak on sam, tak i późniejsi autorowie (Levret, Dela Motte) mieli najzupełniej mylne pojęcie o przyczynach, które mogą pęknięcie wywołać. Dopiero w pracach Baudelocquea znajdujemy wskazówki, że guzy, ścieśniona miednica i wadliwe położenia płodu są tego uszkodzenia przyczyną i że w razie dostania się płodu do jamy brzusznej radzi on zastosowywać gastrotomię. Michaelis i Bandl pierwsi rzucili prawdziwe światło w nauce o pęknięciu macicy, a teorye ich aż dotąd są powszechnie przyjęte. Michaelis twierdził, iż przy niektórych porodach szyjka maciczna bywa uciśniętą pomiędzy częścią przodującą płodu a ścianką miednicy, z powodu czego, gdy kurcze zmuszają macicę podnosić się do góry, dolny jej odcinek rozciąga się i w końcu wreszcie może dojść do pęknięcia. Najczęściej według niego zdarza się to przy ogólnie jednostajnie ścieśnionej macicy i brzuchu obwisłym. Teorya Bandla jest dobrze znana: dzieli on macicę na dwie części: górną, która się kurczy i dolną, która się tylko rozciąga, granicę pomiędzy niemi stanowi pierścień skurczowy, który, jak dowodzi Frommel, w przypadkach z przebiegiem zwyczajnym porodu leży w poziomie wejścia do miednicy małej. W niektórych przypadkach miednicy płaskiej, wodogłowia lub też wadliwego położenia płodu, po pewnym czasie po odejściu wód płodowych daje się wyczuć wyraźnie pierścień skurczowy około pępka lub niewiele niżej; jest to objawem tego, że dolny odcinek macicy uległ znacznemu rozciągnięciu i że łatwo tu dojść może do pęknięcia; przeciwdziałają takiemu nadmiernemu rozciągnięciu dolnego odcinka więzy obłe i mocne powłoki

brzuszne, które nie pozwalają wysoko się podnosić macicy. Z tej przyczyny pęknięcie zdarza się najczęściej u wieloródek z brzuchem obwisłym, natomiast bardzo rzadko zdarza się u pierwiastek. I tak według statystyki: Bandl miał na 4 pierwiastki 39 wieloródek; Trask 39 pierwiastek na 320 wieloródek; Merz w 6,1%, Fritsch w 12%. Zdaniem Freunda znaczenie ma tutaj nie wiek, ponieważ u starych pierwiastek znajdujemy pęknięcia tylko ujścia zewnętrznego i krocza, ale te zmiany w samem utkaniu dolnego odcinka, które są następstwem poprzednich porodów, jak naprzykład blizny po niezupełnem pęknięciu macicy. Freund i Veit sądzą, że w tych przypadkach, gdy część więzadła szerokiego jest uciśnięta pomiędzy częścią przodującą płodu, a ścianą miednicy, prędzej może dojść do pęknięcia. Zdaniem Freunda wogóle trudno przypuścić, iż pęknięcie macicy może nastąpić bez uciśnięcia jej dolnego odcinka, ponieważ w przeciwnym razie bywa zwykle pęknięcie sklepienia; takie uciśnięcie zdarza się najczęściej przy sztywności ujścia zewnętrznego i ścieśnionej miednicy. Co do częstości pęknięcia macicy statystyka się różni; tak naprzykład znajdujemy następne dane: Bandl 1 pęknięcie na 1183 porodów; Leopold 1:6100; Braun 1:2000; Winckel 1:750; Tarnier 1:1690. Przypadek mój był następujący:

18. grudnia 1906 roku o 8 godz. 35 min. wieczorem przybyła do Zakładu położnego petersburskiego rodząca z miasta Czerepowiec. Wywiady dały następne wyniki: P. S., 32-letnia włościanka z gub. Nowogrodzkiej, miesiączkowała co 4 tygodnie w ciągu 5 dni, rodzi 7 raz; żywych dzieci niema; 4 porody ukończono zapomocą kleszczy; 4 razy rodziła płody martwe. Z notatki, nadesłanej przez lekarza z miasta Czerepowiec dowiadujemy się, że poród zaczął się dnia 17. XII. o godzinie pierwszej w południe; o 9 godzinie wieczorem przy ujściu na 4 palce odeszły wody płodowe i bole stają się coraz silniejsze; o 11 godz. stwierdzono pierścień skurczowy o 1½ palca poniżej pępka, a o 1 w nocy raptownie ustały bole, chora zaczęła krwawić; badanie stwierdziło pęknięcie macicy i wypadnięcie płodu do jamy brzusznej, a ponieważ warunki miejscowe nie pozwalały chorej tam operować, odesłano chorą do zakładu. Po przybyciu do zakładu stan chorej następujący: pomimo tak dalekiej podróży (kilkaset wiorst, które chora przejechała trzecią klasą siedząc) znajdujemy chorą stosunkowo w dobrym stanie: tętno 90, ciepłota 37,8, krwawienie nieznaczne. Wymiary miednicy *dist. troch.* 30; *crist.* 25; *spin.* 22; sprzężna zewnętrzna 17; sprzężna prawdziwa 8,6 (mierzona zapomocą miednicomierza Gausa). Przez powłoki brzuszne wyczuwamy w prawej części jamy brzusznej dobrze skurczoną macicę, w lewej zaś dają się łatwo namacać oddzielne części płodu. Przy badaniu przez pochwę znajdujemy pęknięcie dolnego odcinka macicy z lewej strony, które przechodzi na tylne sklepienie pochwy. Wszystkie dane powyższe w zupełności potwierdziły rozpoznanie, z którem chora do nas przybyła. Postanowiłem skończyć poród zapomocą cięcia brzusznego. Po zwykłem odkażeniu powłok brzusznych, części rodnych zewnętrznych i pochwy, zrobiłem cięcie w środkowej linii ciała, poczynające się zaraz poniżej pępka i kończące się na 3 palce od spojenia łonowego; otrzewnę otwarto pomiędzy dwoma szczypczykami. Wprowadzoną przez cięcie brzuszne ręką wydobyłem za nóżkę płód martwy, dobrze rozwinięty, a zaraz potem i łożysko, które znalazłem w samem miejscu pęknięcia. Macicę wytoczyłem na zewnątrz przez cięcie brzuszne. Stwierdziłem pęknięcie w dolnym lewym odcinku macicy, przechodzące nierówną linią z jednej strony naprzód, gdzie na wielkiej przestrzeni otrzewna jest oddzielona od pęcherza moczowego, z drugiej zaś na tylne sklepienie pochwy; miejsce pęknięcia mocno zmiażdżone, z powodu czego postanowiłem nie zeszywać pęknięcia, ale natychmiast przystąpić do nadpochwowego wycięcia macicy. Podwiązałem więc z obu stron tętnice nasienne i więzadła oble i po przecięciu więzadła szerokiego i oddzieleniu płata otrzewnego, wymacałem tętnice maciczne, które zacisnąłem mocnemi szczypczykami. Po dokonaniu tego macicę powyżej szczypczyków odciąłem, a tętnice maciczne mocno podwiązałem. Po zeszyciu pęknięcia lewego sklepienia, pozostałe części więzadła obłego i jajowodu przyszyłem do kikuta szyjki, a nad tem wszystkiem dokonałem plastykę otrzewnej, jednak w taki sposób, że zostawiłem otwory dla osączkowania: jeden przez kikut szyjki, a drugi przez zagłębienie odbytniczomaciczne, przez które przeprowadziłem dwa pasy wyjałowionej gazy kseroformowej. Przed sączkowaniem przemyto jamę brzuszną roztworem fizyologicznym. Po usunięciu wszystkich serwetek z wyjątkiem jednej, którą były przykryte jelita, przystąpiłem do zamknięcia jamy brzusznej. 3 szwy przeprowadziłem przez całą grubość powłok brzusznych, rozcięgno spoiłem szwem węzełkowym (teraz wyjęto ostatnią serwetę), a brzegi rany skórnej złączyłem spinaczkami (serfinami). Ranę, niczem nie przysypaną, zakryto zwykłą wyjałowioną serwetą i nałożono opatrunek; na brzuch worek z lodem. Operacya w uśpieniu chloroformowem. Płód żeński wagi 4,000 gr., długość 53 cm.; rozmiary główki: prosty 13; wielki ukośny 14; mały ukośny 11; wielki poprzeczny 9; obwód 41; obwód klatki piersiowej 33; plecy 12 ctm. Łożysko 500 gr. Błony płodowe mocne. Przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowy; ciepłota przez cały czas była prawidłowa; szóstego dnia gazę usunięto, a dziesiątego zdjęto szwy; wszędzie zagojenie się doraźne. Przez cały czas chora się czuła doskonale, apetyt dobry, mocz sam odchodził, odchody w ilości minimalnej. Z powodu zatrzymania stolca kilkakrotnie stosowano lewatywę. Przy badaniu wewnętrznem przed wyjściem chorej z zakładu można wymacać kikut szyjki, nad którym tkanka ziarninowa tworzy rodzaj kopuły; 17. dnia chora wstała z łóżka, a 23. wyszła z zakładu zupełnie wyleczona.

Przypadek powyżej opisany swoim przebiegiem nieco się różni od innych. Mianowicie rodząca pomimo tak ciężkiego uszkodzenia, za jakie należy uważać pęknięcie macicy, ma jeszcze tyle sił, że może przyjechać z Czerepowiec do Petersburga, gdzie jej zaledwie dopiero w dobę od chwili pęknięcia udzielono pomocy, niezbędnej dla ukończenia porodu. Za przyczynę tak wyjątkowo szczęśliwego przebiegu należy uważać to, że chora według wszelkiego prawdopodobieństwa od samej chwili pęknięcia macicy krwawiła nieznacznie. Zależało to od tego, że pęknięcie nastąpiło nie raptownie, lecz przeciwnie w ciągu dłuższego czasu; ściana macicy była jakby przetartą przez główkę płodu. Jak wiadomo, po pęknięciu macicy częściej zdarzają się krwotoki żylne, które po wypadnięciu płodu do jamy brzusznej i dobrem skurczeniu się macicy mogą być bardzo nieznaczne. Z wywiadów wiemy, że w naszym przypadku kurcze ustały raptownie, co swoją drogą może świadczyć o tem, że płód natychmiast został wydalony z macicy do jamy brzusznej. Zdaniem Freunda zdarza się, iż macica nawet po pęknięciu kurczy się prawidłowo, aż dopóki płodu nie wydali. Możemy więc przypuszczać, że jeżeli w moim przypadku kurcze natychmiast po pęknięciu ustały, macica odrazu była dobrze skurczoną i prawie nie krwawiła.

Cóż mogło wywołać pęknięcie macicy w naszym przypadku? Ażeby odpowiedzieć na to pytanie, należy przejrzeć etyologię tej sprawy. Otóż większość autorów twierdzi, że przyczyną pęknięcia macicy może być ścieśniona miednica, tak n. p.: Trask w 74%, Fritsch w 77%, a Freund w 65% znaleźli jako jedyną przyczynę pęknięcia macicy ścieśnioną miednicę. Korman powiada, że wielki płód nieraz wywołuje pęknięcie macicy; tak z 63 przytoczonych przez niego przypadków w 10 pęknięcie było skutkiem wielkich rozmiarów płodu. Jak już wiemy, w moim przypadku była miednica ogólnie jednostajnie ścieśniona, a także płód wielkich rozmiarów (4,000 gr.); jak jedna, tak i druga okoliczność mogła być aż nadto powodem pęknięcia macicy. Nie mogę pominąć całkowicie milczeniem tych przypadków, w których zmiany, zaszłe w samej ściance macicy, jakby ułatwiają pęknięcie. Tak naprzykład Wigand uważa, że przyczyną pęknięcia dolnego odcinka macicy bywa częściowy zanik szyjki. Leopold, Neumann, Chworostansky sądzą, że głębokie wdzieranie się kosmków wywołuje ścieńczenie ściany macicy, a przeto ułatwia jej pęknięcie. Według Langiego przyżeganie gorącem powietrze *(atmocausis)* może prowadzić do przeciągłego zaniku. Zdaniem Dawydowa i Policnowa odgrywa w tej sprawie niemałą rolę stan włókien elastycznych, które mają wyglądać zupełnie inaczej w preparacie wziętym ze ściany pękniętej macicy, aniżeli zwyczajnie. Gruzdiew opisuje przypadek, w którym w miejscu pęknięcia znalazł niewielkie włókniaki. W innych znów przypadkach stan zapalny i bli-

zny (jak to było w przypadku Kriwskiego) mogą być uważane za przyczynę pęknięcia macicy. Pomimo tego, iż wielu autorów, jak Lehman, Klob, Simpson, Bennecke, Thorn, wcale nie uznają, by te zmiany w substancyi ściany macicy mogły doprowadzić do pęknięcia macicy, sądziłem, że należy i w moim przypadku dokonać badań drobnowidowych, by się upewnić, gdzie mamy szukać przyczyny pęknięcia. Jednak, jak i przypuszczałem, w budowie ściany macicy żadnych zmian nie znaleziono. Otóż musimy przyjąć, że w naszym przypadku pęknięcie nastąpiło z powodu ścieśnionej miednicy i wielkich rozmiarów płodu. Pękła lewa strona macicy, co w zupełności zgadza się ze zdaniem Wychgela, Sauvagea i Olshausena, którzy twierdzą, iż z lewej strony pęknięcie bywa o wiele częstsze. Mojem zdaniem przyczyny tak częstego pęknięcia z lewej strony należy szukać w tem, że częściej się zdarza postawa I płodu, przy której tyłogłowie bywa zwrócone ku lewej stronie, co znowu może ułatwić pęknięcie. Tak samo, jak w moim przypadku, Sauvage i Olshausen podają, że częściej otrzewna bywa oddzieloną ze strony pęcherza moczowego; jedynie tkanka łączna, otaczająca pęcherz, ochrania go od częstszego pęknięcia. Klien zebrał 15 przypadków z pęknięciem pęcherza, z których tylko w dwóch nie nastąpiła śmierć. Smutną przepowiednię w tych razach stawiają również Fournier i Möller, których chore także zmarły.

Co do sposobu, w jaki należy postępować w razie pęknięcia macicy, zdania są podzielone; gdy część autorów (jak Kolaczek, Popow, Mendel, Osterlot, Stojanow) radzą zastosowywać tamponowanie, inni (Leopold, Klien, Iwanow, Wiener, Varnier, Zweifel) usilnie doradzają cięcie brzuszne. Kolaczek w ciągu r. 1900—1 miał w 100% szczęśliwy przebieg przy tamponowaniu; z drugiej strony Klien zebrał statystykę z 381 przypadków, w których o wiele lepszy przebieg był przy cięciu brzusznem. Mojem zdaniem każdy przypadek pęknięcia należy wyodrębniać i gdy, jak w moim, płód całkiem wypadł do jamy brzusznej, mówić o sposobie zachowawczym można chyba tylko w tem znaczeniu, że należy zeszyć pęknięcie, a nie wycinać macicy, a wszelka myśl o tamponowaniu w takich razach powinna być całkiem porzuconą. Rozstrzygać w tej sprawie powinna linia pęknięcia i stan brzegów rany; bez wątpienia tam, gdzie będziemy mieli równą linię pęknięcia, należy je zeszyć, lecz w przypadkach podobnych do mojego, w których pęknięcie idzie nierówno, brzegi są zmiażdżone, a otrzewna oddzielona na wielkiej przestrzeni, należy macicę wyciąć. Do tego muszę dodać, że niemałe, mojem zdaniem, ma znaczenie i ta okoliczność, ile czasu ubiegło od chwili pęknięcia do operacyi i czy możemy z pewnością wyłączyć możność zakażenia. W tym względzie, jak twierdzi Aleksandrow, o wiele lepiej rokować należy w przypadkach, w których pęknięcie nastąpiło w tym samym zakładzie. W moim przypadku należało obawiać się zakażenia, ponieważ od chwili pęknięcia przeszła cała doba, którą chora spędziła w podróży. Co do sposobu, w jaki ma być wycięta macica, może być zastosowane: wycięcie macicy nadpochwowe, wycięcie całkowite przez cięcie brzuszne i wycięcie przez pochwę. Według statystyki Kliena najlepsze wyniki daje nadpochwowe wycięcie macicy, ponieważ przy wycięciu brzusznem śmierć nastąpiła w 55%, przy wycięciu pochwowem w 54%, a przy wycięciu nadpochwowem w 46%. Dodać tu należy, że statystyka Kliena jest zebrana za 20 lat; jeżeli wziąć wyniki operacyi tylko lat ostatnich, to odsetki o wiele będą mniejsze. Dodatnio wpływa tu wymycie jamy brzusznej przed sączkowaniem roztworem fizyologicznym, co Zweifel i Freund usilnie zalecają. Kończąc pozwolę sobie wyrazić nadzieję, że z większym rozwojem sztuki położniczej w miastach i szczególniej we wsiach, coraz rzadziej spotykać będziemy przypadki pęknięcia macicy, ponieważ będzie im wcześnie zapobiegać prawidłowo zastosowana pomoc położnicza.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

V. Aberle. **Operacyjne leczenie kręczu** (*caput obstipum*) **mięśniowego.** (*Zentrblt. f. Chir.*, 1907, Nr 28). Główny nacisk przy leczeniu kręczu, kładzie A. na prostowanie skrzywienia szyjnego części kręgosłupa. Operacye na mięśniach uważa za akt przygotowujący i ułatwiający leczenie, jest więc obojętnem, jakiej metody do tego się używa; przecięcie podskórne uważa A. o tyle za najlepsze, że daje ono dobry wynik kosmetyczny i dozwala zaraz prostować kręgosłup. *Klęsk.*

Neuhäuser. **O krwotokach po przecięciu nerki, zawierającej kamienie.** (*Deut. med. Wochs.*, 1907, Nr 28). Po usunięciu kamieni nerkowych zapomocą przecięcia nerki wydarzać się mogą krwawienia i to albo już od operacyi się utrzymujące, lub też występujące następowo nagle dopiero w pewien czas. Krwotoki te są poważne i zmuszają często do powtórnego otwarcia rany, tamponady, a czasem i wyjęcia nerki operowanej. *Klęsk.*

Delore. **O wyłuszczaniu tętniaków górnych tętnicy szyjnej wspólnej.** (*Rev. de chir.*, 1907, Nr 1) Ten rodzaj tętniaków, wychodzący z rozwidlenia się tętnicy, jest stosunkowo rzadki, jednak daje się wyłuszczać. Z 10 dotąd operowanych przypadków 9 wyleczono. Z trzech rodzajów zabiegów t. j. podwiązania, nacięcia i wyłuszczenia, tak ze względu na następstwa bezpośrednie po zabiegu; (niedokrwienie mózgu i zator) i ze względu na następstwa późne najlepiej się nadaje wyłuszczenie. Jak tego sam D. doświadczył, tętniak może nie dawać czasem żadnych objawów, pozwalających go odróżnić od innych guzów w danej okolicy ciała. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

Vorschütz. **Przeczulica przy zranieniach czaszki i mózgu.** (*Deut. Zeits. f. Chir.*, T. 88, Z. 1—3). V. znajdował często przeczulicę po zranieniach czaszki i mózgu i uważa objaw ten za bardzo ważną wskazówkę rozpoznawczą uszkodzenia wnętrza czaszki. Przeczulicę tę odnieść należy do uszkodzenia samego mózgu, skąd podrażnienie drogą nerwu współczulnego udziela się górnemu zwojowi szyjnemu, a dalej nerwom obwodowym (a nie do uszkodzenia zwoju współczulnego około zatoki jamistej). *Klęsk.*

Geigel. **Znaczenie małżowiny usznej dla słyszenia.** (*Münch. med. Wochs.*, 1907, Nr 30). Według G. przy słyszeniu główną rolę odgrywa nie tyle przewodnictwo powietrza w przewodzie ucha, ile raczej drganie samej małżowiny i udzielanie się tego drgania dalej aż błonie bębenkowej. Mimo zatkania przewodu woskowiną słyszy się często wcale dobrze. *Klęsk.*

Kurt Schultze: **Badania ciepłoty po zabiegach na gruczole tarczowym.** (*Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.*, T. 17, Z. 5). Na podstawie kilku doświadczeń, wykonanych na ludziach, którym wstrzykiwano wyciągi z gruczołów tarczowych ludzkich wyciętych z powodu różnych niezłośliwych zmian, wnosić należy, że podniesienie się ciepłoty po zabiegach na gruczole tarczowym nie jest wywołane przez wessanie wydzieliny, lecz prawdopodobnie przez wessanie wynaczynionej krwi. Również pogorszenia się choroby Basedowa po zabiegach na gruczole, nie pozostają w żadnym związku z wchłanianiem wydzieliny, wyciągi bowiem z tak powiększonych gruczołów nie wywołują żadnych zmian ani w ciepłocie, ani w tętnie. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

Jordan. **O podwiązywaniu tętnicy szyjnej wspólnej.** (*Arch. f. klin. Chir.*, 82, I. 1907). Ponieważ w 10% przypadków po podwiązaniu tętnicy szyjnej wspólnej nastaje śmierć, dlatego przed zabiegiem właściwym stosowano 1-godzinne zaciskania. Doświadczenia na psach dowodzą, że można częściowe zaciskania stosować przez dwie doby, bez wywołania żadnych zaburzeń w krążeniu mózgowem lub skrzepów w naczyniu zaciśniętem. To też J., mając w jednym przypadku operować guz na szyi, założył tymczasowo podwiązkę na dwie doby, a przekonawszy się, że chory to dobrze znosi, wykonał następnie zabieg ostateczny w znieczuleniu miejscowem z wynikiem pomyślnym. Podwiązywanie to natychmiastowe lub stopniowe należy wykonywać ostrożnie. Częściowe zaciskanie i to końca dośrodkowego na dwie doby jest również wskazane po zeszyciu ścian naczyn większych. *Dr Kasprzyk* (Berlin.)

Fischer: **O leczeniu operacyjnem wola wrodzonego.** (*Beitr. z. kl. Chir.*, 82, 1). Znane są z piśmiennictwa liczne przypadki wola wrodzonego, leczone jodem, rtęcią, upustem krwi, bańkami, — w razie zaś duszenia się stosowano kąpiele ciepłe

z zimnymi natryskami, wychylanie głowy ku tyłowi i wysuwanie ku przodowi szczęki dolnej, wszystko z mniej lub więcej pomyślnym skutkiem. W groźnych przypadkach należy jak najwcześniej przystąpić do wyłuszczenia wola, gdyż stosowana dotąd tracheotomia, — pominąwszy już trudności techniczne, — zwykle nie może uratować życia noworodka ze względu na związane z nią powikłania. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

Schulz. **Atropina przy niedrożności jelit.** (*Mittheil. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.*, Tom XVII, Z. 5). Zdanie swoje opiera S. na 35 przypadkach. Wstrzykuje on atropinę przy niedrożności jelit w ilości 0,002 gr. jako pierwszą dawkę, rzadziej 0,001 gr., u dzieci 0,0005 gr., następnie po 4—12 godzinach, jeśli niema żadnych oznak zatrucia jeszcze raz tę samą dawkę, a w końcu w niektórych przypadkach jeszcze 0,001 gr. Dla uniknięcia objawów mózgowych, świadczących o zatruciu, wstrzykuje S. jeszcze przedtem morfinę, która ma usuwać także i późniéj występujące objawy, mianowicie bredzenia. Wypróżnienie stolca następuje zazwyczaj przy niedrożności kurczowej (*ileus spasticus*) w 16 godzinach, przy porażnej w 20, a przy mechanicznej w 24 godzin. W pierwszych dwóch razach następuje wypróżnienie zaraz po odejściu wiatrów, w mechanicznej niedrożności dopiero po kilku godzinach. Atropina działa we wszystkich przypadkach niedrożności kurczowej, prawie we wszystkich przypadkach porażnych, a w dwóch trzecich przypadków mechanicznej niedrożności. Jeśli po 24—36 godzinach niema wypróżnienia, przygotowuje S. wszystko do operacyi, do której wskazanie tworzą: wzrastająca liczba tętna i malejąca pełność tegoż. Także w przypadkach zaniedbanych stosuje S. przed operacyą atropinę dla pobudzenia krążenia i ruchu jelit i dla uspokojenia wymiotów. W niedrożności kurczowej, powstałej z powstałej z powodu zatrucia ołowiem, działa atropina o wiele szybciej, niż makowiec. *B. Żmigród* (Rymanów).

Bernhard. **Doszczętna operacya olbrzymich przepuklin z przemieszczeniem jądra do jamy brzusznej.** (*Mnch. med. Wochs*, 1907, Nr 32). Olbrzymie przepukliny radzi B. operować w ten sposób, że przemieszcza się jądro do jamy brzusznej, przez co zaszycie kanału staje się zupełnie pewnem. Jądro, leżące w jamie brzusznej nie ulega zanikowi. By zapobiedz wrażliwości wytworzenia się w jamie brzusznej wodniaka jądra, należy usunąć pochewkę jądra. Sposób autora zastosowano też przy jądrze leżącem w pachwinie zamiast opuszczania i umocowywania w worku mosznowym. *Klęsk.*

Prof. Ercklentz. **O pęknięciu przełyku.** (*Allg. med. Ctrl. Ztg.*, 1907, Nr 27). Przypadek E. dotyczy 46-letniego mężczyzny, leczonego regularnemi przepłukiwaniami żołądka, które chory doskonale znosił. Pewnego dnia wprowadził lekarz zgłębnik żołądkowy w zwykły sposób i dwukrotnie przepłukał żołądek bez żadnych szczególnych przypadłości; przy trzeciem przepłukaniu, po wlaniu $^{3}/_{4}$ litra płynu do żołądka, nastąpił nagle gwałtowny odruch wymiotny, przyczem wypadł zgłębnik, z ust chorego wylała się ciecz krwawo zabarwiona i pojawiły się gwałtowne bole w okolicy żołądka. Po 20 minutach wymiotował chory około 400 cm. sz. ciemnej krwi; w półtrzeciej godziny potem pojawiła się po prawej stronie szyi wyraźna odma podskórna. Rozpoznano pęknięcie dolnej części przełyku. Odma podskórna wzrastała gwałtownie, a po 14 godzinach nastąpiła śmierć. Przy sekcyi znaleziono w prawej jamie opłucnej przeszło litr mętnej cieczy o kwaśnym zapachu, mierne rozszerzenie całego przełyku, w najniższym zaś jego odcinku otwór, wiodący do prawej jamy opłucnej, długi 4 ctm., o brzegach nierównych, poszarpanych; oprócz niego zaś rozdarcie błony śluzowej i powierzchownych warstw błony mięsnej, długie na $1^{1}/_{2}$ ctm.; przedarcia sięgały aż do wpustu. Pęknięcie przełyku w tym przypadku uważa E. za samorodne; przepłukiwanie żołądka do pęknięcia tylko się przyczyniło, ale samo wywołać go nie mogło. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

Meissner. **O pęknięciu przewodów żółciowych po urazie tępym.** (*Beitr. z. kl. Chir.*, 82, 1). Pęknięcia te są o wiele rzadsze od pęknięć wątroby, a 2 razy rzadsze od pęknięć pęcherzyka żółciowego. Dotąd opisano 20 przypadków; dotyczyły one 12 razy przewodu wspólnego, 7 razy wątrobnego, a raz pęcherzykowego, i to przeważnie dzieci i osób młodych. Rozpoznanie: wstrząs, żółć gromadząca się w jamie brzusznej, barwiki żółciowe w moczu, żółtaczka, stolce bezbarwne, szybkie wychudnienie z utraty cieczy i nakłucie. Leczenie: laparatomia jak najwcześniej, zeszycie otworu, ewentualnie tamponada i sączkowanie; wyleczeń dotąd 7. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

Hildebrandt. **Chirurgiczne leczenie wrzodu żołądka.** (*Berl. klin. Wochs.*, 1907, Nr 25). Według Krönleina chirurgiczne leczenie wrzodu żołądka daje w 85% przypadków dodatni wynik leczniczy. Za najodpowiedniejsze postępowanie przy wrzodzie uznać należy połączenie żołądka z jelitem, które choć wprawdzie samej choroby nie leczy, to jednak obniża kwaśność treści żołądkowej i uspokaja żołądek. Przy ostrym krwotoku wyniki operacyjne są niepewne. W razie powtarzających się krwawień próbować należy wycięcia wrzodu. Zwężenie odźwiernika i zrosty można i należy zawsze operować; wyniki są przytem bardzo dobre. *K.*

D. Grünbaum. **Nowy przypadek pierwotnego raka wyrostka robaczkowego.** (*Berl. klin. Wochs.*, 1907, Nr 31). W klinice Landaua spostrzeżono u chorej 33-letniej, u której wykonano cięcie brzuszne z powodu włókniaków macicy, także przypadkowo raka wyrostka robaczkowego. Th. Landau wypowiedział wtedy zdanie, że przy każdem cięciu brzusznem należy także z zasady oglądnąć wyrostek robaczkowy. Postępując więc według tych wskazówek znaleziono u chorej 19-letniej, która na 4 tygodnie przed zabiegiem skarżyła się na objawy, właściwe zapaleniu wyrostka robaczkowego, zmiany wyrostka robaczkowego, który też wycięto. Badanie mikroskopowe stwierdziło raka. Chorą tę operowano z powodu obustronnych ropniaków jajowodowych. W piśmiennictwie opisano dotąd 70 przypadków raka wyrostka robaczkowego. Lubarsch opisuje taki przypadek u 17-letniego chorego. Ponieważ obraz kliniczny raka wyrostka robaczkowego jest podobny do jego zapalenia, przeto rozpoznanie ścisłe jest niemożliwe. *Engländer.*

Tietze. **3 przypadki wszczepiania kości.** (*Mitteil. a. d. Grenzgeb. f. Med. u. Chir.* III. Suppl.-Bd.). Wszczepianie kości w miejsce kawałka wyciętego w ciągłości, ma wielką doniosłość, dozwala bowiem nieraz ocalić kończynę, zwłaszcza w przypadkach mięsaków olbrzymio-komórkowych; nowotwory te są natury stosunkowo łagodnej i nie wymagają odjęcia całej kończyny. T. stosował wszczepienie kości w trzech przypadkach. Raz zastąpił kości przedramienia kośćmi śródstopia, drugi raz kawałkiem goleni, a w trzecim przypadku wszczepił część śródstopia w miejsce śródręcza. *Klęsk.*

Ritschl. **Przykurczenie palców (zginaczy) wskutek urazowego rozszczepienia ścięgna mm. prostujących.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 23). Przykurczenie palców wskutek zeskoczenia ścięgna mm. prostujących z główek kostek śródręcza wydarza się głównie u osób, cierpiących na gościec stawowy lub zniekształtniające zapalenie stawów. Ścięgno zesuwa się prawie zawsze w stronę kości łokciowej. R. spostrzegał niezwykły przypadek przykurczenia małego palca ręki prawej, powstałego wskutek urazu przez to, że ścięgno m. prostującego pękło podłużnie i główka kostki śródręcza weszła między obie połowy ścięgna, jak to przy operacyi stwierdzono. Po zeszyciu ścięgna czynność jego wróciła zupełnie do stanu prawidłowego. *Klęsk.*

Offergeld. **Podwiązywanie wielkich naczyń dolnych części ciała.** (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.* T. 88, Z. 1—3). Przy podwiązywaniu wielkich naczyń największą uwagę zwracać należy na stan serca. Podwiązanie tętnicy głównej wpływa prawie zawsze bardzo źle na czynność serca, podobnie obustronne podwiązanie tętnic biodrowych wspólnych. Podwiązanie tętnicy udowej u człowieka w 60 prc. przypadków wywołuje zgorzel kończyny, dlatego też lepiej jest podwiązywać tętnicę biodrową wspólną, przyczem zwykle kończyna nie ulega zmianom. Podwiązanie obustronne żył biodrowych wspólnych równa się podwiązaniu żyły głównej dolnej: nie wywołuje zaburzeń w narządach miednicy małej, w kończynach i obrzęków, ale na ogólne krążenie ma wpływ bardzo zły. *Klęsk.*

Zuelzer. **Ortopedyczna opaska na stołek.** (Proste urządzenie celem zmuszenia dzieci do prostego trzymania się). (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 26). Opaska, podana przez autora, zasadą swą przypomina tornister. Składa się z poduszki i dwóch rzemieni. Poduszka wchodzi między łopatki, a rzemienie idą przez ramiona, obejmują zarazem stołek. Przyrząd można przymocować łatwo do każdego stołka. Dziecko może samo z niego się uwolnić. W przyrządzie tym oddychanie jest zupełnie swobodne i przy nauce dzieci chętnie siedzą przy użyciu przyrządu. *Klęsk.*

Położnictwo i ginekologia.

Barth. **Ropienie nerkowe w ciąży.** (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.* T. 85). Mniej więcej w połowie ciąży powstać może czasem silne przekrwienie prawego moczowodu, wywołując zwężenie światła. Do tego dołączyć się może zakażenie prątkiem

okrężnicowym i zajęcie miedniczek, rzadziej już nerek. Zakażenia ropne są oczywiście o wiele groźniejsze. W przypadkach takich należy bezzwłocznie wprowadzić do moczowodu cewnik, w danym razie nawet naciąć nerkę. Operacya ta nie przedstawia zdaniem B. żadnego niebezpieczeństwa, ani dla matki, ani dla płodu; natomiast przy cewnikowaniu moczowodu odruchowo wywołać można poronienie. Usunięcie zastoiny moczu usuwa przypadłości; podobnie i odejście płodu; drobnoustroje pozostają jednak nadal w drogach moczowych. *Kłęsk.*

Bewersdorff. **Przypadek zakażenia połogowego leczony surowicą przeciwpaciorkowcową Menzera.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 30). Korzystny wynik, uzyskany w jednym wypadku przy leczeniu tym sposobem zachęca do dalszych prób. Surowicę w tym przypadku wstrzyknięto dwa razy, po raz pierwszy 20 ctm., następnie 10 ctm. *Dr M. Godlewski.*

J. Kermanner. **Ropowica żołądka w toku ciąży.** (*Mitteil. aus den Grenzgeb. der Med. u. Chir.* 1907, XVII, 5). Etyologia ropnego zapalenia żołądka jest dotąd jeszcze ciemną; w niewielu przypadkach zwłaszcza zdołano stwierdzić istnienie wcześniejsze jakiegoś przewlekłego zboczenia żołądka, jak n. p. wrzód lub rak, przeważnie zaś przyczyny dopatrywano się w różnych chorobach zakaźnych, jak dur, ospa, ropnica, a przedewszystkiem gorączka połogowa. Dotychczas ogłoszono tylko dwa przypadki, które przemawiają na pewne za tem, że między gorączką połogową, a ropowicą żołądka zachodzić może związek przyczynowy. W czasie epidemii gorączki połogowej w Pradze w r. 1847 widział Dittrich kilka takich przypadków i omawiał je pobieżnie w swoich wykładach, ale zdaje się, że ich nie ogłosił. W r. 1851 wspomniał o tych przypadkach Brand w swej pracy doktorskiej i odtąd stale powtarzają za nim autorowie, że gorączka połogowa może wywoływać ropowicę żołądka. Obecnie nasunął się autorowi w klinice położniczej heidelberskiej przypadek, w którym cały przebieg choroby dowodzi, że ropowica żołądka rozwinęła się samoistnie w toku ciąży, wywołując jej przerwanie tylko krótko przed śmiercią chorej. Przypadek ten tyczył się kobiety 39-letniej, która urodziła pierwsze dziecię, mając 24 lat, a potem rodziła jeszcze 5 razy. Z dzieci tylko pierwsze i piąte chowają się, wszystkie inne ginęły po 1—3 miesiącach. W siódmej ciąży już w pierwszych miesiącach stwierdzono u matki szybko postępującą gruźlicę obu szczytów płuc. Chora urodziła przedwcześnie dziecko, ważące ledwo 1650 gramów, które jednak zmarło po 2 miesiącach. Tymczasem stan chorej się poprawił, ale kiedy znowu po raz ósmy zastąpiła, zaczęła znów podupadać na siłach i szybko chudnąć. Po przyjęciu na klinikę ważyła ledwo 39 klgr., miała skórę suchą, wypieki na twarzy, chrypkę, i częsty suchy kaszel. Ciepłota nie przekraczała z początku 37·6°. Wzdęcie brzucha mierne z wybitnem rozszerzeniem żył na ścianie brzucha. Dno macicy sięgało na trzy palce wyżej pępka, tętno płodu słabe, ale wyraźne słyszalne. Po 8 dniach obraz zupełnie się zmienił: zjawiły się wymioty i wobec wzdęcia i przeczulicy brzucha, rozpoznano zapalenie gruźlicze otrzewnej. Ciepłota się podniosła na 38·3 i 38·9 w ciągu 2 dni, trzeciego dnia spadła na 36·9° C. Ciężar ciała spadł na 37·6 klgr. Wkrótce potem chora urodziła płód nieżywy, ważący 360 gramów. Zaraz potem stwierdzono ogólny gwałtowny upadek sił z dusznością i wybitną sinicą, bębnica rosła i chora w kilka godzin zmarła. Na sekcyi stwierdzono ropowicę żołądka z następowem rozlanem włóknikowo-ropnem zapaleniem otrzewnej. *Stahr.*

Th. H. van de Velde. **Coś nowego o hebotomii.** (*Wien. klin. Wochs.* 1907, Nr 29). Autor wykonał wśród porodu hebotomię w trzech przypadkach z powodu zwężenia wychodu miednicy, raz u pierwiastki z miednicą koksalgiczną, której odległość guzów wynosiła 9 ctm., drugi raz u pierwiastki z miednicą lejkowatą, której ten wymiar wynosił 7 ctm., trzeci raz u pierwiastki z miednicą zniekształtnioną wskutek garbu, której odległość guzów wynosiła 6 ctm. We wszystkich tych przypadkach miał dobre wyniki tak ze względu na matkę, jak i płód. Po hebotomii pozostało trwałe rozszerzenie miednicy; w pierwszym przypadku odległość guzów pozostała 10·5 ctm., w drugim około 10 ctm. Wszystkie 3 kobiety rodziły potem siłami natury dzieci większe i to o 100, 300 i 160 gr., niż przed hebotomią. Autor dochodzi w końcu do wniosku, że hebotomia jest operacyą, umożliwiającą trwałe rozszerzanie miednicy; daje dobre wyniki przy zwężeniach także wychodu miednicy, a następne porody płodów większych, niż przed operacyą, odbywają się siłami natury. Celem trwałego rozszerzenia miednicy nie potrzeba tak skomplikowanych sposobów operacyjnych, jak n. p. sposób Credego. Pracę objaśniają starannie wykonane rentgenogramy miednic kobiet operowanych i ryciny sposobów rozszerzenia pierścienia miednicznego, zestawionych w chronologicznym porządku. *Engländer.*

L. Blumreich. **Samoistne znaczenie szyjki wśród poronienia i jego znaczenie sądowe.** (*Berl. klin. Wochs.* 1907, Nr 28). Streściwszy spostrzeżenia Normanna, Wormsera, Weissa, zupełnie podobny do swego przypadek Rubeski i przypadek Ostrčila, opisuje B. obszernie przypadek własny. Dotyczył on młodej pierwiastki w 4 mies. ciąży, której lekarz z powodu napadów bolów w okolicy kiszki ślepej przed i wśród ciąży rozpoczął sztuczne poronienie. (Wskazania tego B. nie uznaje, raczej należało ognisko zapalne usunąć na drodze operacyjnej). Ponieważ jednak poronienie nie postępowało, a wystąpiła gorączka 39° C., przy tętnie 110, wezwano autora, który ostatecznie znanymi sposobami poronienie wywołał, przyczem zauważył, że ujście zewnętrzne macicy było bardzo mało podatne (*rigiditas ostii ext. ut.*), że płód urodził się, nie drogą naturalną, lecz drogą sztuczną powstałą przez oderwanie się wargi tylnej. Ponieważ chora gorączkowała, nie przyszył B. wargi do szyjki, lecz zapomocą tamponu przysunął ją do sklepienia, co miało ten skutek, że prawie cała warga uległa obumarciu, a w tem miejscu powstała blizna. Wyłączywszy zranienia miąższu szyjki macicznej wśród zabiegu (brak krwi na gazie, wyciągniętej ze szyjki, brak uchyłka, zgłębnik wchodził gładko), odnosi B. oderwanie się części pochwowej do wielkiej oporności ujścia zewnętrznego macicy. Dalej omawia B. następstwa takiego uszkodzenia. Najczęściej powstają potem przetoki pochwowe, które są lepsze, niż zbliznowacenie, ze względu na dalsze porody. Nie jest rzeczą korzystną przetoki takie zaszywać, gdyż miejsce zeszyte często podczas porodu pęka; lepiej więc przetokę zostawić, przy porodzie zaś rozciąć pas tkanki macicznej między przetoką, a właściwem ujściem zewnętrznem, który pozostaje twardy i płodu nie przepuszcza, i w ten sposób umożliwić poród. W końcu zastanawia się B. nad znaczeniem sądowem tych zranień i kończy następującymi słowy: Ważnem jest pamiętać, że zdarzają się samoistne oderwania się części pochwowej, że nie zawsze są one następstwem zdrożnych zabiegów na częściach rodnych celem wywołania poronienia. Dokładne wywiady, śledzenie i badanie sumienne przypadku, wiarogodność otoczenia mogą w danym przypadku sprawę wyświetlić. *Engländer.*

L. Aschoff. **Podział macicy na trzy części; dolny odcinek jej** (*Isthmussegment*), **a łożysko przodujące.** (*Berl. klin. Wochs.* 1907, Nr 31). Opierając się na spostrzeżeniach własnych, jakoteż C. Rugego i H. W. Schultzego, dochodzi autor do wniosku, że macicę ciężarną należy dzielić na 3 części, t. j. na właściwy trzon macicy, od dna do ujścia wewnętrznego anatomicznego, na szyjkę, ciągnącą się od ujścia zewnętrznego macicy do ujścia wewnętrznego histologicznego, które istnieje na granicy między górną $^1/_3$, a średnią $^1/_3$ częścią szyjki, i na część trzecią pośrednią, między ujściem wewnętrznem anatomicznem, a ujściem wewnętrznem histologicznem. Tę część macicy właściwie szyjki, proponuje autor oznaczać mianem »cieśni« (*Isthmus*). Podczas ciąży błona śluzowa tej części przybiera charakter doczesnej, natomiast zmiany na błonie śluzowej szyjki poniżej »cieśni« są w ciąży bardzo małe i dotyczą tylko jej fałdów. Autor uważa »cieśń«, odpowiadającą górnej $^1/_3$ części szyjki, zgodnie z Bandlem, Küstnerem i Bayerem za dolny odcinek macicy. Mięśnie cieśni nie ulegają w ciąży przerostowi i zachowują się tak, jak mięśnie reszty szyjki. Część ta ulega w ciąży i podczas porodu coraz większemu rozdęciu. Prawidłowo służy cieśń w drugiej połowie ciąży do pomieszczenia jaja płodowego.

Następnie omawia A. tworzenie się łożyska prawidłowego, jakoteż przodującego. Rozróżnia tu A. dwa okresy, 1) okres zagnieżdżenia się jaja (Einnistungsperiode), kiedy jaje w głąb i na powierzchni błony śluzowej szybciej rośnie, niż ściany macicy i 2) okres wzrostu i rozdęcia (Wachstums- und Dehnungsperiode), kiedy jaje i macica równomiernie rosną. Jeśli jaje usadowi się w cieśni, wtedy wytwarza się łożysko przodujące. Jeśli łożysko zajmuje tylko mały skrawek cieśni, powstaje wtedy łożysko nizko usadowione, gdy się ono zbliża do ujścia wewnętrznego histologicznego, powstaje łożysko przodujące brzeżne (*placenta praevia marginalis*), gdy zaś łożysko jeszcze niżej się rozwinie, już we właściwej szyjce, powstaje wtedy łożysko środkowo przodujące (*plac. praev. centralis*). Proponuje więc A. celem lepszego porozumiewania się, następujące mianownictwo: 1) *Placenta praevia simplex* = nizko usadowione łożysko. 2) *Placenta praevia isthmica* = łożysko brzeżnie przodujące. 3) *Placenta praevia centralis* = łożysko całkowicie przodujące. W końcu porównuje A. tworzenie się łożyska przodującego szyjkowego (*cervicalis*) z rozwojem jaja płodowego w jajowodzie. Jak tu następuje od-

dzielenie błony śluzowej i warstw mięsnych od ściany jajowodu (*dissecatio*), tak samo dzieje się to i przy tworzeniu się łożyska przodującego szyjkowego; w ten sposób stara się A. wytłómaczyć powstanie łożyska środkowo przodującego. Płat taki śluzowo-mięsny przez dalszy wzrost jaja ulega odwinięciu od swego podłoża i zatyka ujście wewnętrzne histologiczne. *Englander.*

Pankow. **Dlaczego należy usuwać wyrostek robaczkowy przy operacyach ginekologicznych.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 30). Około 60 prc. kobiet, które podlegają operacyom ginekologicznym, przebyło zapalenie wyrostka robaczkowego. Nawet najcięższe tegoż postacie przebiegać mogą niepostrzeżenie i dopiero później dawać się we znaki przez schorzenia przydatków. Wiele tak zwanych nerwobolów jajnika pochodzi od zmian wyrostka robaczkowego. Często też zapalenie wyrostka wywoływać może niepłodność przez następowe zamknięcie jajowodu. Wszystko to, zdaniem autora, wskazuje, że należy zawsze usuwać przy operacyach ginekologicznych i wyrostek robaczkowy. *Klęsk.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Następującą odezwę do wszystkich austr. lekarskich organizacyi i do wszystkich zorganizowanych kolegów ogłasza imieniem Związku org. państw. prezydent dr Fr. Janeczek: Związek dostawców dla członków c. k. armii, c. k. marynarki i c. k. obrony krajowej i t. d. stara się o pozyskanie lekarzy na członków. Przystępujący lekarze płacą roczną wkładkę w sumie 40 K i mają udzielać członkom związku procentowy opust, w zamian za co ich adresy będą polecone panom oficerom i t. d. w rozkazach pułkowych. Wszystkie organizacye, jakoteż wszyscy zorganizowani koledzy są zobowiązani zamach ten zdążający do poniżenia godności zawodowej, jak najenergiczniej odeprzeć i każdy z kolegów powinien sobie mieć za punkt honoru, żeby do tego związku nie przystąpić. *Stahr.*

Dla poprawienia bytu materyalnego akuszerek wydało ministeryum spraw wewnętrznych rozporządzenie na dniu 10. sierpnia 1907 l. 22,077. Zwraca ono uwagę na to, że akuszerki wszędzie, nawet i tam, gdzie pozornie gminy mają z akuszerkami uregulowane stosunki, są na ogół źle płatne i uposażone i ze względu na wielką doniosłość tej gałęzi służby sanitarnej przypomina władzy politycznej, że wykonywanie praktyki położniczej przez osoby niepowołane (babki) należy wykorzenić już w drodze pouczania ludności, już to przez odpowiednie stosowanie postanowień rozp. minister. z 6. marca 1854, Dz. u. p. Nr 57. *Stahr.*

Z okazyi obecnej epidemii ospy w Wiedniu podnoszą pisma zawodowe lekarskie różne ciekawe uwagi. I tak n. p. ciekawą statystykę z prawie ostatnich 10 lat zestawia dr Grün w sprawie szczepienia ospy w Wiedniu. Jak wiadomo nie ma w Austryi dotąd przymusu szczepienia, a partacze zwalczający szczepienie jużto słowem po zgromadzeniach publicznych, już to drukiem znajdują co raz chętniejszy posłuch nietylko u publiczności w Austryi, ale nawet u władz. Dla oświetlenia niezwykłych stosunków chyba wystarczy podkreślić, że stowarzyszenie przeciwników szczepienia i wiwisekcyi jest subwencyonowane przez gminę miasta Wiednia i Sejm niższo-austryacki. To też coraz mniej rodziców pozwala w Wiedniu szczepić swoje dzieci. Kiedy n. p. w r. 1897 ledwo ćwierć dzieci uczęszczających do szkół wiedeńskich była szczepioną, to w roku 1904 ilość dzieci nieszczepionych wynosiła 30 prc. Od r. 1897 wzrasta stale ilość nieszczepionych dzieci szkolnych. Najlepiej mówią za siebie cyfry:

Rok	Ogólna liczba uczniów	Ilość nieszczepionych dzieci	Z tego szczepiono	Pozostało nieszczepionych
1894	157,277	1,700	939	761 t. j. 0·48%
1895	168,077	1,688	901	761 » 0·46 »
1896	170,074	1,359	821	538 » 0·32 »
1897	171,343	1,258	838	420 » 0·245 »
1898	175,644	1,277	533	744 » 0·43 »
1899	180,600	1,800	635	1,167 » 0·64 »
1900	185,072	2,090	667	1,423 » 0·75 »
1901	?	?	974	?
1902	193,677	3,934	1,212	2,722 » 1·41 »
1903	198,936	5,080	1,563	3,517 » 1·77 »
1904	204,515	8,794	2,453	6,341 » 3·10 »

Podczas gdy zatem w r. 1896 tylko rodzice 538 uczniów, a w r. 1897 ledwo 420 uczniów nie pozwoliło na szczepienie swych dzieci, to w r. 1902 już 2,722, w r. 1903 jeszcze więcej, bo 3,517, a wreszcie w roku 1904 nawet już 6,341 dzieci nie dali rodzice zaszczepić. Trudno uwierzyć, że coś podobnego możliwe jest w niby cywilizowanem świecie. Podobne stosunki panują nietylko w Wiedniu, ale i w innych krajach koronnych Austryi, szczególniej w Czechach.

Już ostateczna chwila, żeby wprowadziły władze austryackie przymus szczepienia i występowały właściwie przeciw wszelkiego rodzaju partaczom, kryjącym się pod maskami przeciwników szczepienia, przeciwników wiwisekcyi, wegetaryanów, lekarzy naturalnych i t. d. i t. d. *Stahr.*

Kasy chorych robotników w Austryi w roku 1904. Ze sprawozdania ministerstwa spraw wewnętrznych i statystycznego rocznika ministerstwa rolnictwa za rok 1904 (zeszyt II) wynika, że w roku sprawozdawczym było czynnych 3,577 kas chorych, z których 3,532 nadesłało zestawienia nadające się do przedłożonego z ministerstw sprawozdania. Ogólna liczba osób ubezpieczonych w tych 3,532 kasach wynosiła przeciętnie 3,005,891, t. z. podniosła się w porównaniu z rokiem poprzednim 1903 o 106,359 osób czyli 3,53%. Kobiet było ubezpieczonych 625,606, czyli stosunek ubezpieczonych mężczyzn do kobiet wynosił 79 : 21. Największy stan członków wykazywały następujące kasy: wiedeńska kasa powiatowa przeciętnie 159,371 członków, ogólna kasa chorych robotników i kasa wsparć w Wiedniu 133,476 i kasa dla personalu austryackich kolei państwowych 102,402. Inne kasy liczą mniej jak 50,000 członków. Członków nie podlegających ustawowemu obowiązkowi ubezpieczenia ale dobrowolnie do kas zgłoszonych było 170,957 — w roku poprzednim było ich 174,998. W kasach chorych brackich było z końcem r. 1904 obok obowiązanych do ubezpieczenia 165,893 członków jeszcze 220,249 t. zw. »Angehörige[1]), niejako członków rodziny ubezpieczonych z obowiązków. Ogólna liczba ubezpieczonych w całej monarchii rozkłada się na poszczególne kraje w następujący sposób: Wiedeń 557,922, reszta Austryi niższej 167,054, Austrya wyższa 101,996, Solnogród 30,066, Styrya 159,719, Karyntya 52,645, Kraina 39,175, Pobrzezie 97,137, Tyrol 94,573, Czechy 886,560, Morawy 308,524, Szląsk 117,825, Galicya 161,001, Bukowina 18,853, Dalmacya 9,929, przedsiębiorstwa komunikacyjne na lądzie i wodzie w całej Austryi 208,461. Oto w stosunku do całej ludności Austryi było ubezpieczonych 11,5%. Jeżeli jednak policzyć tutaj i osoby (»Angehörige«) ubezpieczone na pomoc lekarską i leki względnie koszta pogrzebowe z wyłączeniem zasiłków pieniężnych, to liczba ta wzrośnie do prawie 12%. Na owych 3,005,891 członków kas chorych zdarzyło się w roku 1904 w ogólnej liczbie 1,546,951 zasłabnięć (włącznie z 53,265 porodami). Zasiłków pieniężnych wypłacono za 27,127,789 dni, z czego na porody przypada 1,468,544 dni. Zmarło 16,294 członków. W porównaniu z rokiem poprzednim wzrosła liczba zasłabnięć o 37,719, liczba dni chorych (Krankentag) o 646,717 a przypadków śmierci o 748. Dochody wszystkich kas chorych wynosiły (z wyjątkiem salin, które prowadzi sam skarb państwa) 62,918,914 K, a rozchody 59,608,599 K. Fundusz rezerwowy ogólny kas wzrósł z końcem r. 1904 do wysokości 51,450,022 K, t. zn. podniósł się w ostatnim roku o 3.388,834 K. Na leki wydały Kasy 6,388,656 = 11,7% (w roku 1903 wydały 6,138,580, a w roku 1902 — 5,591,454), na zasiłki 27,631,128 = 50,8%, na pomoc lekarską 8,694,170 K = 16% (w roku 1903 — 8,185,196 K[2]), szpitalne koszta wynosiły 6,5%, koszta zarządu 8,3%. *Stahr.*

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	po 4 h	po 1 h.
Od r. 1904 do końca r. 1906	314,765	112,950
W r. 1907 do 31. VII.	31,373	31,900
W miesiącu sierpniu 1907	2,075	—
razem .	348,213	144,850

Dr Żydłowicz,
administrator.

[1]) Ustawa mówi „Angehörig“, t. z. przynależny prawdopodobnie do rodziny. Pojęcie to jest bardzo szerokie, bo można niem objąć nietylko żonę i dzieci.

[2]) Co do sum tych porównaj uwagi w „Przeglądzie lekarskim« 190 str. 333 przy omawianiu sprawozdania krakowskiej miejskiej kasy chorych.

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 25. do 31. VIII. 1907 urodziło się dzieci żywo 39, nieżywo 6; zmarło osób 50 (w tem obcych 14), z nich z gruźlicy 16 (5), zapalenie płuc 1, choleryny niemowląt 5, śmierci gwałtownej 3 (1). *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 1. do 7. IX. 1907 było przypadków: błonicy 2 † 1, płonicy 4 † 1, duru brzusznego 2 † 1, choleryny niemowląt 2 † 2. *IV.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 25. do 31. VIII. 1907 było przypadków: błonicy 1, kokluszu 3 † 1, płonicy 9, odry 2, duru osutkowego 1, duru brzusznego 4, nagminnego zapalenia opon 2 † 1. — Od 1. do 7. IX. 1907 było przypadków: błonicy 1, kokluszu 7 † 1, płonicy 12 † 2, odry 1 † 1, duru brzusznego 8, nagm. zapalenia opon 1 † 1.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Zbliżające się ku Galicyi niebezpieczeństwo cholery pobudziło i w Krakowie, jak wszędzie w kraju, władze sanitarne miejskie do podjęcia środków zapobiegawczych. Zarządzono między innymi rewizyę domów przez osobne komisye asanizacyjne. O sposobie urzędowania tych komisyi nadesłano nam z kół lekarskich uwagi, z których wynika, że działalność tych gron ogranicza się niekiedy do oglądnięcia stanu wychodków, śmietników, zlewów i mieszkania stróża. Pominąwszy, że istniejące w tym zakresie usterki powinny być usuwane nietylko pod groźbą cholery, a na stwierdzenie ich najmniej stosowną jest pora jesienna, gdy już zwykle żadnych technicznych zmian wykonać nie można, to wspomniany sposób urzędowania komisyi, do której należy i lekarz miejski i urzędnik magistratu i woźny, nasuwa znowu na myśl konieczność reformy miejskiego urzędu zdrowia, o której pisaliśmy w Nr 52 »Przeglądu« z r. z. Rozporządzając właściwą służbą sanitarną, jaką posiada n. p. Lwów, nie potrzebaby używać tak złożonego aparatu, jak komisya, pochłaniająca czas aż trzech funkcyonaryuszy miejskich, do sprawdzenia, czy z wychodków czuć gazy kloaczne, czy zlewy nie przeciekają i śmiecie są należycie przechowane. Wtedy też mogłaby się spełnić trafna rada znakomitego lekarza, a pierwszego autonomicznego prezydenta Krakowa, prof. Dietla, wypowiedziana ongi w Radzie miasta: »Lekarzów, jako ludzi naukowych i biegłych w sztuce do czynności ściśle lekarskich ograniczyć należy, w którymto zawodzie najzbawienniejszą oddadzą ludności miejskiej usługę«. Ale tymczasem n. p. nawet przydzielenie lekarzom miejskim nadzoru lekarskiego nad szkołami, o którem od lat kilku była mowa, wraz z innymi projektami reform miejskiego urzędu zdrowia, gdzieś zalega i trzebaby powtórzyć bez zmiany niemal te uwagi, jakie się nam jeszcze w końcu zeszłego roku o niedomaganiach tego urzędu nasunęły.

— Na wystawie rolniczo-przemysłowej w Wadowicach rozstrzygnięto 30. VIII. konkurs na projekt wzorowego zabudowania gospodarczego włościańskiego. Nagrodę otrzymał architekt p. Handzelewicz z Królestwa Polskiego, zaszczytną wzmiankę p. Waga z Krakowa. Wyszczególnione projekty będą rozpowszechniane po całej Polsce, co ze względu na higienę budowli wiejskich może mieć doniosłe znaczenie.

— Krakowskie ochotnicze Towarzystwo ratunkowe wykazuje w swem sprawozdaniu za sierpień 1907, że było wzywane w tym czasie 364 razy, z tego w nocy 100 razy, we dnie 264. Udzielono pomocy na stacyi 223, wyjeżdżano 141 razy, a to mężczyznom 213, kobietom 97, dzieciom 46, z tego przypadków chirurgicznych było 251. — Od początku roku 1907 wzywano pogotowie 3,137 razy, od założenia zaś Towarzystwa 44,191 razy.

Warszawa. Jenerał-gubernator ogłosił, że wszyscy lekarze i felczerzy, nawet wolnopraktykujący, obowiązani są donosić władzom o każdym, kto się zgłosi o pomoc z powodu rany postrzałowej. Rozporządzenie to rozciąga się na wszystkie gubernie Królestwa Polskiego; ktoby je przekroczył, podpada karze więzienia do 3 miesięcy lub karze pieniężnej do 3000 rubli. — Rozporządzenie to ze stanowiska deontologii lekarskiej nie wymaga komentarzy.

— Dzienniki doniosły, że szpital im. Poznańskich w Łodzi zamknął rachunki niedoborem 200,000 rb. Podobno niedobór ten pokryje rodzina fundatorów, ofiarując nadto 18,000 rb. rocznie na cele szpitala.

— Zagrażająca cholera wywołała w Królestwie ruch ochronny. Donosiliśmy już o aktywowaniu szpitala przy ul. Spokojnej w Warszawie, gdzie kierownikiem mianowano dra J. Pruszyńskiego, a lekarzem domowym dra St. Łagowskiego. Obecnie także Łódź urządziła dom izolacyjny i barak choleryczny, oddając zarząd w ręce dra Bartoszewicza. Lekarze szpitala w Łodzi pobierać mają po 5 rb. na dobę, felczerzy po 3 rb.

— Dr Jan Sędziak z Warszawy został zaproszony na redaktora działu polskiego (Editor for Poland) w amerykańskiem czasopiśmie specyalnem »Annals of otology, rinology and laryngology«.

— »Medycyna« ogłasza list dra Kazimierza Orzechowskiego (Wien, IX, Währingerstrasse 13), wzywający kolegów do nadsyłania prac polskich z zakresu biologii narządu nerwowego pod wymienionym adsesem. Kol. Orzechowski podjął się ogłaszać sprawozdania z tych prac w niebawem mającem wychodzić w Groningen (Holandya) czasopiśmie międzynarodowem p. t.: »Folia neuro-biologica«.

— W ciągu ostatnich tygodni zjawiła się w Warszawie, jak podaje »Gazeta lekarska« znaczna liczba zachorowań na czerwonkę i ostre zaburzenia żołądkowo-kiszkowe.

— Wkrótce ma wyjść z pod prasy »Zarys anatomii i fizyologii człowieka«, jako podręcznik dla szkół średnich, napisany przez dra J. Sosnowskiego.

Z różnych stron. Cholera w Rosyi rozszerza się, w Astrachanie pojawiło się 100 nowych przypadków. Ogólna liczba przypadków wynosi 289, z czego 2 przypadki odnoszą się do Łodzi.

— Komitet II. Zjazdu międzynarodowego dla fizykalnego leczenia, który ma się odbyć między 13. a 16. października b. r. w Rzymie postarał się o zniżki na okrętach o 30—50%, na kolejach zaś o 40—60% tak dla uczestników zjazdu, jak i ich rodzin. Sekretarzem austryackiego komitetu jest doc. dr A. Bum, Wiedeń I, Deutschmeisterplatz 2.

XIV. międzynarodowy zjazd dla higieny i demografii odbędzie się między 23. a 29. września w Berlinie.

Redakcya otrzymała. Chlumsky: Mięsienie (masaż) i jego zastosowanie.

Mianowani: Dr Timaszew profesorem chorób dzieci w Odessie. Dr Lebedyński profesorom anat. porównawczej w Odessie.

Zmarli: Dr Wolski lekarz kolejowy w Batum. Dr Wincenty Tetzlaff w Kurniku.

Redaktor odpowiedzialny:
Doc. dr Stanisław Dobrowolski.

Collargol

Znakomity lek w sprawach septycznych, procesach połogowych i t. d. Do śródżylnego (bez szkodliwości), przez odbytnicę i wewnętrznego użycia; jako „Ungentum Credé“ do wcierań. Także do leczenia ran i zakaźnych chorób ocznych, jakoteż do przepłukiwań pęcherza.

Creosotal

Creosotal „Heyden“ jest najlepszym środkiem przeciwgruźliczym, doskonałym wewnętrznym lekiem przeciwzołzowym, a w dużych dawkach jest pewnie i szybko działającym lekiem we wszystkich ostrych chorobach dróg oddechowych (zapalenie płuc i t. d.).

Unguentum Heyden

Maść z kalomelolu. (Calomel colloidale) do przeciwkiłowych wcierań (*Neisser*). Nie brudzi skóry, ani bielizny. Dawka jednorazowa 6 g. W podzielonych rurkach rozsuwanych po 30 i 60 gr.

Próbki i piśmiennictwo rozsyła: 2 b

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Drezno.

SŁOWNIK LEKARSKI POLSKI

Cena w Austryi 20 koron, przesyłką pocztową 21 koron. W Niemczech 20 Marek, z przesyłką pocztową 21 Marek. W Warszawie Rbs. 8.50. z przesyłką pocztową Rbs. 9.

Do nabycia w Administracyi „Przeglądu Lekarskiego“ Kraków, w Towarzystwie lekarskiem w Krakowie i Lwowie, i we wszystkich księgarniach.

BILIŃSKA SZCZAWA

wybitna przedstawicielka szczaw alkalicznych

w 10000 części zawiera: węglanu sodowego 33,1951, siarkanu sodowego 6,6679, siarkanu potasowego 2,4194, węglanu wapniowego 3.6312, chlorku sodowego 3,9842, węglanu magnowego 1,7478, węglanu litowego 0,1904, węglanu żelazowego 0.028?, węglanu mangan. 0,0012, fosforanu glinowego 0,0071, kw. krzem. 0,6226, części stałych 52,5011, kwasu węglowego wogóle 55,1737, z tego wolnego i pół-związ. 38,7660. Ciepłota źródeł 10,1—11°C.

Oddawna wypróbowane zdroje w cierpieniach nerek, pęcherza, moczowych i żołądkowojelitowych, w dnie, nieżycie oskrzeli, krwawnicach, moczówce i t. p. Znakomity napój dyetyczny.

PASTILLES DE BILIN

(Kołaczyki żołądkowe).

Znakomity lek w zgadze, nieżytach żołądka i w ogóle w niestrawności.

Składy we wszystkich handlach wód mineralnych, w aptekach i drogueryach.

Dyrekcya zdrojowa w Bilin (Czechy).

Zakład leczniczy „Sauerbrunn“

urządzony z największym komfortem. 1

Kąpiele w wannach, parowe, elektryczne i świetlne, zupełnie urządzony zakład leczenia wodą zimną.

Wziewalnia: osobne pokoiki. Rozpylanie płynów zapomocą ciśnienia powietrza (system Clar). Komory pneumatyczne. Mięsienie.

Lekarz zdrojowy. Med. dr. Wilhelm von Reuss.

Wyrób i główny skład u Karola Jahra, apt. w Krakowie.

Zamiast Tranu, Jodu, Żelaza!

Pastilli Jodo-Ferrati comp. „Jahr“

Przetwór leczniczy składający się: z Kali jod 0·05 Ferratin 0·10 Calc. glycer. phosph. aa. 0·10 o przyjemnym smaku, wzmacniający, podniecający łaknienie, przyczyniający się do pomnożenia ciałek krwi i rozrostu kości.

Pastilli Jodo-Ferrati comp. „Jahr“ polecane są z dobrym skutkiem przy blednicy, niedokrewności i jej następstwach, zołzach, rachitis i t. p.

Dawka dzienna: dla dzieci 2—4 sztuk, dla dorosłych 6—9 sztuk.

Tylko w oryginalnych pudełkach zawierających 24 sztuk.

Cena 2 koron 50 halerzy. 215

Składy we wszystkich aptekach.

SANATOGEN

sprawia

gromadzenie się białka i fosforu, wzmożenie się energii utlenienia, pobudzenie przemiany materyi

i jest dlatego najskuteczniejszym środkiem wzmacniającym. Panom lekarzom służy się na życzenie próbkami i piśmiennictwem.

BAUER & Cie., Sanatogen-Werke, Berlin, SW. 48.

Zastępstwo generalne: C. BRADY, Wien I. 283